Lane Medical Library

DIE OVARIOTOMIEEN

IN DER

GREIFSWALDER

GEBURTSHILFLICH - GYNÄKOLOGISCHEN

KLINIK

VOM 1. JUNI 1890 BIS 1. JUNI 1894.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,

WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM DIENSTAG, DEN 14. AUGUST 1894

MITTAGS 12 UHR

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

ERNST BUSACK

AUS TORGELOW IN POMMERN.

OPPONENTEN:

HERR CAND. MED. **OTTO CAMMIN.**

HERR CAND. MED. **GEORG SCHULZE.**

GREIFSWALD.

DRUCK VON C. SELL.

1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0362

SEINEN TEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Die Ovariotomie, d. h. die Entfernung des degenerierten Ovariums, hat man wohl zu unterscheiden von der Exstirpation gesunder Eierstöcke, der Castration. Diese ist schon in alter Zeit aus niederträchtigen und selbstsüchtigen Gründen geübt worden und wird heutzutage unter bestimmten Umständen als symptomatische Behandlungsmethode von Fibromyomen des Uterus angewendet.

Die ersten rationellen Versuche mit der Ovariotomie fallen in den Anfang dieses Jahrhunderts. Zwar sind Vorschläge, zu Tumoren entartete Ovarien zu exstirpieren, schon vom Ende des 17. Jahrhunderts an gemacht worden, doch war Ephraim Mac Dowell der erste, der 1809 die Ovariotomie in rationeller und vorbedachter Weise ausführte, u. zw. mit glücklichem Erfolg. Aber nur ganz allmählich fand sein Beispiel Nachahmung in weiteren Kreisen, denn die Ovariotomie begegnete zunächst überall so erbitterten Anfeindungen, dass man ihre Vertreter noch im Anfang der fünfziger Jahre z. B. beschuldigte, dass sie „ein Hauptprincip der ärztlichen Moralität verletzten". So schwer verständlich dieser Widerstand gegen eine in ihren Grundsätzen so einfache, so heilsame Operation jetzt auch ist, so ist er doch vom Standpunkte der früheren Ärzte aus sehr begreiflich; denn wir wissen, dass selbst die kühnsten Chirurgen, wie Dieffenbach u. a. einen horror vor der Eröffnung und Verletzung der Bauchhöhle

hatten, und dass eine neue Aera auf diesem Gebiete erst mit der Einführung des antiseptischen Verfahrens nach Lister begann. In Anbetracht der zahlreich ausgeführten Operationen mit günstigem Erfolge muss die Ovariotomie, trotzdem sie allerdings stets zu den grössten chirurgischen Eingriffen gehören wird, jetzt als ein durchaus gesicherter Erwerb der Chirurgie angesehen werden, und sie verdient daher nicht bloss die Anerkennung der ärztlichen Welt, sondern muss auch in Laienkreisen als eine Wohlthat gepriesen werden, da nur durch sie ein sonst unheilbares Leiden radikal beseitigt wird.

Wann, d. h. in welchen Fällen soll die Ovariotomie ausgeführt werden? — Die Operation ist indiciert 1. überall da, wo das Ovarium zu einer Geschwulst entartet ist, mag sich dieselbe schon zu einer beträchtlichen Grösse entwickelt haben oder sich noch in ihren Anfängen befinden; 2. ist die Ovariotomie gerechtfertigt bei chronischen Entzündungen des Eierstocks, sobald durch dieselbe die Lebensfähigkeit des Individuums erheblich beeinträchtigt ist, seine Erwerbsthätigkeit dauernd gestört bleibt, und jede anderweitige Therapie sich als erfolglos erwiesen hat.

Contraindiciert ist die Ovariotomie nur: 1. wenn der maligne Charakter der Geschwulst unverkennbar ist, und die Erkrankung nicht mehr auf das Ovarium selbst isoliert erscheint; 2. wenn im Bereich anderer wichtiger Organe Zerstörungen eingetreten sind, welche jede Aussicht einer Erleichterung beseitigen oder das Leben in absehbarer Zeit zerstören (vorgeschrittene Tuberculose, Lues, Carcinom, chronische Nieren- und Leberleiden etc). Dass die Ovariotomie 3. bei Krankheiten mit hämorrhagischer Diathese ebenso wie alle übrigen grösseren Operationen contraindiciert ist, versteht sich von selbst.

Von den zahlreichen Zufällen, welche hie und da sonst noch als Gegengründe gegen die Ovariotomie angeführt worden sind, die aber gerade eine möglichst baldige Operation gebieten, will ich nur die Komplikation mit Gravidität erwähnen. Hier können verschiedene Ereignisse eintreten, die das Leben von Mutter und Kind gefährden: Abortus, Axendrehung des Stiels mit Entzündung des Tumors und Peritonitis, Cystenruptur, Behinderung der Respiration und dergl. Es liegt deshalb entschieden im Interesse der Mutter, das degenerierte Ovarium womöglich in den ersten Monaten der Schwangerschaft zu entfernen, und das Leben des Kindes wird schwerlich mehr dadurch gefährdet als durch das exspektative Verfahren.

Was nun die einzelnen Arten der Eierstocksgeschwülste anlangt, so lassen sich dieselben einteilen in cystische und solide.

Bei den Kystomen des Ovariums sind nach Waldeyer je nach der Entstehungsweise wiederum 3 verschiedene Formen zu unterscheiden. Während nämlich 1. der Hydrops folliculi nur aus den fertigen Graaf'schen Follikeln hervorgeht, wahrscheinlich nur die Bedeutung einer Retentionscyste hat, niemals die Tendenz zur Drüsenneubildung zeigt, ist 2. das proliferierende Myxoidkystom wahrscheinlich nur aus den Drüsenschläuchen, nicht aus den fertigen Follikeln hervorgegangen, und zw. entweder durch Wucherungen des Epithels, die zu Einstülpungen in die Wand der primären Räume und damit zu sekundären Cysten führen — Kystoma proliferum glandulare — oder durch Wucherungen des Bindegewebes der Wand, sodass mit Epithel bedeckte Bindegewebsschlingen, Papillen, in das Innere der Cyste hineinragen — Kystoma proliferum

papillare. — 3. Das Dermoïdkystom geht entweder auch aus den Wucherungen derselben Drüsenschläuche hervor, oder aber es ist als durch fötale Inklusion von dem Hornblatt, Medullarrohr oder dem mittleren Keimblatt entstanden zu betrachten. — Der Inhalt der verschiedenen Cysten wechselt von der hellen, fast wasserklaren Flüssigkeit der Follikelcysten bis zu den gelben, fettigen Detritusmassen der Dermoïdcysten, welche ausserdem nicht selten Haare, Zähne und dergl. enthalten.

Als solide Geschwülste des Ovariums sind zu nennen Fibrome, Carcinome und Sarcome.

Die Symptome, welche die verschiedenen Ovarialtumoren hervorrufen, sind äusserst mannigfaltig. Kleinere Geschwülste brauchen gar keine Symptome hervorzubringen, bei grösseren kommt es zu Menstruationsanomalien, Unbequemlichkeiten im Leibe, Schwellung des Abdomens, Kreuz- und Leibschmerzen, Drängen nach unten, Urinbeschwerden, Appetitmangel, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung; ferner zu Atemnot, Herzklopfen, Präkordialangst. In schweren Fällen können die Ovarialgeschwülste sogar direkt in kurzer Zeit den Tod bedingen, z. B. bei Stieltorsion unter den Erscheinungen des Ileus, bei Verjauchung und in Fällen, wo sie einen malignen Charakter besitzen.

Die Diagnose wird in den meisten Fällen unter Berücksichtigung folgender zwei Momente leicht zu stellen sein, nämlich 1., dass es sich um eine circumscripte Geschwulst handelt, und 2., dass diese mit der Uteruskante durch einen Stiel verbunden ist. Bei Cystentumoren kann man in zweifelhaften Fällen auch eine Probepunktion machen, die allerdings von einigen Autoren wegen der

bisweilen damit verbundenen Gefahr gänzlich verworfen wird.

Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich in Betracht: Intraperitoneales und parametritisches Exsudat, Tubentumoren, Haematocele retrouterina, Extrauteringravidität, subseröse Myome etc. Bei der Untersuchung muss man ferner darauf gefasst sein, dass Komplikationen bestehen, wie Ascites, Schwangerschaft, Uterusmyome etc.

Die Therapie bei Ovarialtumoren hat in der Exstirpation der Geschwulst durch Laparotomie — Ovariotomie — zu bestehen. Zwar sind auch einige Fälle in der Litteratur bekannt, wo man dem Wachstum einer Ovarialcyste durch Punktion Einhalt gebot, aber dies sind nur vereinzelte Ausnahmen; so viel ist sicher, dass man eine Heilung nur durch eine Radikaloperation erzielen kann.

Die Ausführung der Operation ist in der Hand jedes Einzelnen verschieden gestaltet; jeder Operateur hat sich im Laufe der Zeit seinen eigenen Operationsplan gebildet, und solange er befriedigende Resultate damit erzielt, wird er denselben auch im Wesentlichen beibehalten. Es sei mir daher gestattet, die Methode zu beschreiben, die in der Greifswalder geburtshilflich-gynäkologischen Klinik angewendet wird.

Nachdem die Patientin gebadet ist, und man für gründliche Darmentleerung gesorgt hat, wird die Kranke auf dem Planum inclinatum so gelagert, dass der Steiss höher liegt als der Oberkörper. Während nun eine tiefe Narkose eingeleitet wird, findet eine sorgfältige Reinigung des Operationsfeldes, der Haut des Abdomens, statt mit Seife und Bürste, sodann werden die Haare bis zur Symphyse rasiert, und das ganze Terrain wird mit Sublimat

desinficiert. Ein Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis zur Symphysis ossium pub. durchtrennt die Bauchdecken bis aufs Peritoneum; isolierte Eröffnung desselben zwischen zwei Pincetten und Verlängerung des Schnittes in der Ausdehnung der Hautwunde. Spritzende Gefässe werden mit Klemmen gefasst und unterbunden. Etwa vorhandene leichtere Adhäsionen des Tumors mit benachbarten Organen werden stumpf, derbere mit dem Messer gelöst. Zur Verkleinerung von grossen cystischen Geschwülsten wird die Flüssigkeit aus denselben mittelst Einstiches entleert, und nun der Tumor durch seitlichen Druck auf die Bauchdecken hervorgedrängt oder mit der Nélaton'schen Zange hervorgezogen. Der mit dem Uterus zusammenhängende Stiel wird mit der doppeltarmierten Nadel durchstochen, es folgt Knüpfung der Fäden nach beiden Richtungen hin, nochmalige Gesamtligatur, Durchschneidung und Versenkung des Stiels, ev. nach Verschorfung mit dem Pacquelin. Vorhandene Blutungen werden durch Unterbindung, resp. Umstechung gestillt. Nun kommt gründliche Reinigung der Bauchhöhle von Blut oder Cysteninhalt mit desinficierten Schwämmen, Schluss der Bauchwunde, und zwar Schluss des Peritoneums durch fortlaufende Catgutnaht, der Bauchdecken durch tiefgreifende und oberflächliche Seidennähte. Jodoform, Gaze, Watte und Heftpflasterstreifen, resp. Wickelverband.

Es sei mir nun vergönnt, die in der Greifswalder geburtshilflich-gynäkologischen Klinik in der Zeit vom 1. Juni 1890 bis 1. Juni 1894 ausgeführten Ovariotomien, deren Veröffentlichung mir durch die Güte des Herrn Geh. Medizinal-Rates Prof. Dr. Pernice freundlichst gestattet worden ist, folgen zu lasssen. Ich begreife hierunter auch

diejenigen Fälle, wo Parovarialcysten per laparotomiam entfernt wurden, da diese Geschwülste sowohl in klinischer als in therapeutischer Beziehung zu den Ovarialcysten gehören und häufig genug dafür gehalten werden.

1. Fall.

Frau Z., 52 Jahre, aus Stralsund.

Die jetzige Bauchauftreibung besteht seit Sept. v. J. Im Mai d. J. wurde durch Punktion klare Flüssigkeit entleert. Allmählich wieder Anschwellung und Atemnot. Beschwerden nur durch die mechanische Belästigung. — Umfang des Leibes 92 cm; überall deutliche Undulation und Fluktuation, Resistenz prall elastisch. Vom Nabel abwärts gedämpfter Schall; der Uterus scheint spitzwinklig anteflektiert zu liegen, im vorderen Scheidengewölbe ein prallelastischer Tumor.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

27. VIII. 90. Operation in Narkose: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird die Cyste angestochen und entleert klare, gelbe Flüssigkeit. Auf der herausgewälzten Geschwulst verläuft vorn links die linke Tube; eine adhärente Netzpartie wird umstochen, der 4 cm. lange, schmale Stiel unterbunden, die Bauchhöhle ausgetupft und die Wunde geschlossen.

Erfolg Heilung.

2. Fall.

Frau G. 20 Jahre, aus Stettin.

Anfang Mai diagnosticierte ein Arzt gelegentlich der Behandlung eines Darmkatarrhes einen Unterleibstumor. Beim Aufstehen bemerkte Patientin eine Vergrösserung des Leibes. In der Folgezeit traten krampfhafte Schmerzen

auf, das Gehen wurde mehr und mehr erschwert. — Umfang 87,5 cm. Abdomen im unteren Teil gleichmässig durch den im 6. Monat schwangeren Uterus ausgedehnt. Oberhalb des Nabels ist die rechte Seite durch einen derben kugeligen Tumor vorgetrieben, der nach links 1 Finger breit über die Mittellinie, nach rechts bis in die hintere Axillarlinie, nach oben bis unter den Rippenrand reicht.

Diagnose: Rechtsseitige Ovarialgeschwulst; Graviditas mensis VI

5. IX 90. Op. i. N.: Schnitt 4 Finger breit rechts von der Linea alba, 3 Finger breit unterhalb des Rippenrandes beginnend und bis 3 Finger breit unterhalb des Nabels reichend. In der Wunde sieht man den Tumor der unteren Leberfläche direkt anliegen; auf Einstich entleert sich keine Flüssigkeit Herauswälzung, Unterbindung des fingerdicken Stiels, Schluss der Bauchhöhle.

NB. Der Tumor hat beim Durchschneiden das Aussehen eines Fibroms, erweist sich bei mikroskopischer Untersuchung als ein Sarcom. Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.

Erfolg: Heilung.

3. Fall.

Frau U., 64 Jahre, aus Anklam.

Seit $2^1/_2$ Jahren Gefühl von Drängen im Unterleib und Schmerzen, häufiger Harndrang und Blasenschmerzen. Die Beschwerden haben sich seit $^1/_2$ Jahr ausserordentlich verstärkt. — Tumor, völlig fest, Urin klar, in der Blase keine Fremdbildung.

Diagnose: Cyste im linken Ligamentum lat.

29. IX. 90. Op. i. N.: Bauchschnitt. Die gänseei-

grosse Cyste, vom Peritoneum überkleidet, wird leicht ausgeschält. Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

4. Fall.

Frau D., 30 Jahre, aus Meiersberg.

Bei der letzten Geburt (vor $^1/_4$ Jahr) wurde von der Hebeamme neben dem Uterus eine Geschwulst wahrgenommen, die in letzter Zeit nicht unerheblich gewachsen ist. — Tumor 4 Finger breit über dem Nabel, rechts undeutliche Fluktuation, links kleine und grössere Erhabenheiten. Uterus nach hinten dislociert, kein Tumor im Scheidengewölbe.

Diagnose: Kystoma ovarii.

8. XI. 90. Oper. i. N.: ca. 15 cm. langer Schnitt. In der Bauchhöhle befindet sich eine ziemliche Menge fadenziehender Flüssigkeit. Nach Unterbindung einiger strangförmiger Adhäsionen wird der cystische Tumor entfernt, die Bauchhöhle ausgetupft, und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

5. Fall.

Frau H., 25 Jahre, aus Mönchow b./Usedom.

Nach der 1. Geburt im August 1887 bemerkte Patientin eine bei Berührung schmerzhafte, faustgrosse, harte Stelle über dem linken Hüftbein. Während der nächsten Schwangerschaft (Anfang 1890) leichtes Ohnmächtigwerden beim Stehen, hartnäckige Übelkeit und Erbrechen. Nach der Geburt starkes Wachstum der Geschwulst. — Bauchumfang 88 cm, Tumor 8 cm. über dem Nabel, deutliche Fluktuation.

Diagnose: Parovariale Cyste.

29. XI. 90. Op. i. N.: In der Bauchwunde erscheint ein glatter, knabenkopfgrosser Tumor; aus einer Stichöffnung entleert sich klare, fadenziehende Flüssigkeit. Die collabierte Cyste wird ohne Mühe herausgedrückt und abgebunden, die Bauchhöhle mit Schwämmen gereinigt und geschlossen.

Erfolg: Heilung.

6. Fall.

Frau F., 38 Jahre, aus Demmin.

Schwellung des Leibes im Okt. d. J. bemerkt. Unbequemlichkeiten uud Schmerzen bei Druck über dem Nabel; Verdauung seit längerer Zeit gestört, schwere Speisen werden erbrochen. — Umfang 85,5 cm. Fluktuierende Geschwulst bis 9 cm. über dem Nabel mit deutlichen Abteilungen. Tumor im vorderen Scheidengewölbe, Uterus nach rechts dislociert.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

22. XII. 90. Op. i. N.: Durchtrennung der dünnen Bauchdecken. Aus der mehrkammerigen Cyste wird durch Einstich ein klebriger Inhalt entleert, der ziemlich breite Stiel unterbunden und durchschnitten. Schluss der Wunde. Dauer der Operation 30 Minuten.

Erfolg: Heilung.

7. Fall.

Frl. W., 29 Jahre, aus Gr. Janth.

Patientin wai im Nov. 1889 wegen Dysmenorrhoe in Behandlung. Menses in 5—6 wöchigen Pausen mit heftigen Molimina, Dauer von einigen Stunden bis 1 Woche; ausserhalb der Regel heftige Schmerzen an einer genau lokalisierten Stelle

in der linken Unterbauchgegend. — Linkes Ovarium etwas vergrössert und über handbreit vom Uterusrande dicht unter den Bauchdecken; seine Betastung ist excessiv schmerzhaft.

Diagnose: Oophoritis chron. sin.; Dysmenorrhoe.

14. III. 91. Op. i. N.: Ungefähr 8 cm langer Schnitt. Das linke Ovarium wird mitsamt dem abdominalen Ende der Tube abgebunden, ebenso das rechte Ovarium. Naht.

Erfolg: Heilung.

8. Fall.

Frau A., 25 Jahre, aus Anklam.

Seit ungefähr $^3/_4$ Jahr Schmerzen beim Stuhlgang, häufiger Urindrang, Schwere und Drängen im Unterleib. — Uterus gegen die Symphyse gedrängt; im hinteren Douglas eine weiche empfindliche Geschwulst, die mit der linken Kante des Uterus zusammenhängt.

Diagnose: Entweder beginnende Ovarialgeschwulst oder Tubargravidität.

7. II. 91. Op. i. N.: ca. 11 cm. langer Schnitt. Netz und Darmschlingen liegen vor. Nach stumpfer Lösung der Verwachsungen Abbindung des ziemlich langen Stiels. Es ist vorhanden: Kystoma ovarii dextri, Salpingitis proliferans, Hydrosalpinx, Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

9. Fall.

Frau A., 67 Jahre, aus Dedelow bei Prenzlau.

Seit Johanni 1890 eine allmählich wachsende Geschwulst; bisweilen Schwellung des linken Beines. Vor 14 Tagen wurden durch Punktion 4 l. hellgrauer, fadenziehender Flüssigkeit entleert. — Umfang 99,5 cm. Tumor bis an

den rechten Rippenrand, Processus xiph. rechtwinklig nach vorn gedrängt, deutliche Fluktuation.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

16. II. 91. Op. i. N.: Der Tumor ist mässig fest mit dem Peritoneum parietale verwachsen, hinten lose mit Netz und Darmschlingen, ebenso mit dem Beckenperitoneum. Die Bauchhöhle enthält freies Bauchwasser. Die Cyste wird durch Anstechen möglichst verkleinert und entfernt. Reinigung der Bauchhöhle und Schluss derselben.

Erfolg: Heilung.

10. Fall.

Frau W., 26 Jahre, aus Stralsund.

Seit Okt. 1890 zunehmende Schwellung des Leibes, namentlich in den letzten 4 Wochen. — Umfang 88 cm. Fluktuierender Tumor unter dem Nabel. 5 cm. über dem linken Schambeinast ist der Uterus fühlbar. Im vorderen Scheidengewölbe ein fluktuierender Tumor, der das ganze Becken ausfüllt.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

18. II. 91. Op. i. N., Bauchschnitt. Verkleinerung des Tumors durch Einstich und Entfernung desselben nach Abbindung eines Stiels links und rechts. Schluss.

Erfolg: Heilung.

11. Fall.

Frau Q., 41 Jahre, aus Prenzlau.

Bei der letzten Geburt (vor 9 Jahren) tote Frucht im 6. Monat. Seitdem Anschwellung des Leibes; vor 6 Jahren wurde durch Punktion eine grosse Menge wasserklarer Flüssigkeit entleert; sodann in Zeiträumen von 2—3 Jahren mehrmals Punktion, zuletzt im Aug. v. J.

— Umfang 87 cm. Dämpfung aufwärts bis 8 cm. unter dem Nabel.

Diagnose: Kystoma parovarii.

17. III. 91. Op. i. N.: Etwa 13 cm. langer Schnitt, Verkleinerung der Cyste durch Entleerung eines quellklaren Fluidums, doppelte Unterbindung und Durchtrennung des Stiels. Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

12. Fall.

Frau L., 31 Jahre, aus Neu-Ungnade b. Greifswald.

Seit 2 Jahren Beschwerden beim Urinlassen, seit 8 Wochen Störungen der Verdauung und Schmerzhaftigkeit in den Beinen. — Umfang 67,5 cm. Harter, ziemlich schmerzhafter Tumor bis 1 Finger breit unter dem Nabel. Uterus unbeweglich, Scheidengewölbe vom Tumor eingenommen.

Diagnose: Subseröses Fibromyom.

14. IV. 91. Op. i. N.: Bauchschnitt. Links ist die Geschwulstmasse (Kystoma ovarii papillare sin.) durch das Peritoneum in die Bauchhöhle durchgebrochen. Der Uterus liegt rechts vor dem Tumor. Ein Stich in die Cyste lässt eine schmutziggelbe Flüssigkeit sich entleeren. Entfernung des Tumors, Reinigung und Schluss der Bauchhöhle.

Erfolg: Heilung.

13. Fall.

Frau V., 31 Jahre, aus Demmin.

Vor 7 Jahren wurde Patientin wegen eines Kystoms punktiert; darauf völliges Wohlbefinden. Seit 8 Tagen Schmerzen im Leib, heftiges Erbrechen 24 Stunden lang. — Fluktuierender Tumor bis 1 Finger breit über dem Nabel, bei Berührung schmerzhaft. Im vorderen Scheidengewölbe ein fester Tumor.

Diagnose: Kystoma ovarii.

11. V. 91. Op. i. N.: Der über kindskopfgrosse Tumor hat dunkelblaurote Farbe; er wird in toto herausgewälzt, sodass der etwa 6 cm. lange, 5—6 mal um seine Axe gedrehte Stiel sichtbar wird. Sein dem Uterus näherer Teil zeigt die Folgen extremer Stauung. Ligatur, Durchtrennung, Reinigung der Bauchhöhle von Blut, Schluss.

Erfolg: Heilung.

14. Fall.

Frau K., 66 Jahre, aus Baumgarten b. Prenzlau.

Seit 2 Jahren unregelmässige Blutungen, Beschwerden beim Atmen und Unbehilflichkeit. Seit Ostern Ödem des linken Unterschenkels. — Umfang 108 cm. Unregelmässiger, teils fluktuierender, teils härterer Tumor bis 3 Finger breit über dem Nabel. Uterus retrovertiert und vergrössert, rechts durch das Scheidengewölbe der Tumor unbeweglich fühlbar.

Diagnose: Ovarialkystom. (Cystosarcoma ovarii sin.).

22. V. 91. Op. i N.: Nach Durchtrennung der ausserordentlich dünnen Bauchdecken wird der überall leicht verwachsene Tumor herausgehoben; dabei platzt eine mit blutigem Inhalt gefüllte Cyste. Versorgung des Stiels, Reinigung der Bauchhöhle und üblicher Verschluss.

Erfolg: Heilung.

15. Fall.

Frau V., 25 Jahre, aus Anklam.

Nach der letzten Geburt (vor $1^1/_4$ Jahr) Schmerzen im Unterleib, Drängen nach unten und Scheidenvorfall. — Links vor dem Uterus ein mannsfaustgrosser, prallelastischer, schmerzhafter Tumor.

Diagnose: Cystische Geschwulst im linken Parametrium (Papilläre Ovarialcyste); Prolapsus vaginae.

30. V. 91. Op. i. N.: Zunächst Kolporrhaphia anterior, dann Eröffnung der Bauchhöhle, Entfernung des etwa strausseneigrossen Tumors und Ventrofixatio uteri. Schluss.

Erfolg: Heilung.

16. Fall.

Frau B., 40 Jahre, aus Neu-Jershagen b. Schlawe.

Seit $^3/_4$ Jahr eine weiche Geschwulst, die Unbequemlichkeiten, heftiges Unwohlsein und Erbrechen verursachte. — Umfang 92 cm. Runder, sehr beweglicher Tumor, deutliche Fluktuation.

Diagnose: Parovarialcyste.

17. VI. 91. Op. i. N.: Bauchschnitt. Der graurötliche Tumor zeigt straffgefüllte Gefässe; der etwa 3 cm. dicke, dunkelblaurote Stiel ist dicht am Uterus mehrmals torquiert. Entfernung der Geschwulst und Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

17. Fall.

Bertha R., 24 Jahre, aus Lassbeck b. Polzin.

Nach körperlicher Anstrengung Ende Januar traten heftige Schmerzen im Leibe und Erbrechen ein. Seit jener Zeit sichtliche Abmagerung, Schwellung des Leibes und Kurzatmigkeit. Vom März ab trat die Regel alle 14 Tage unter heftigen Schmerzen auf. Eine vor mehreren Wochen gemachte Punktion des rechten Pleuraraumes ergab gelblich gefärbte Flüssigkeit. — Bis 5,5 cm. über dem Nabel fühlt man einen harten Tumor, umgeben von Flüssigkeit; vorn im Scheidengewölbe ein derber, unregelmässiger Tumor.

Diagnose: Maligner Tumor (Adenoma malignum) des linken Ovariums. Pleuritis exsudat. dextra.

27. VII. 91. Op. i N.: Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergiessen sich mehrere Liter klarer Ascitesflüssigkeit; der

10 cm. breite Stiel wird abgetragen, Seidenligaturen sichern die Blutstillung. Sorgfältige Reinigung und Schluss der Bauchhöhle. — Sofortige Erleichterung der Atmung. Im Laufe der Zeit schwindet auch das pleuritische Exsudat mehr und mehr, sodass die Patientin am 22. VIII. 91 in bedeutend gehobenem Wohlsein entlassen wird.

NB. Nach ungefähr 2 Jahren soll sie an allgemeiner Carcinose gestorben sein.

18. Fall.

Frau H., 28 Jahre, aus Potthagen.

Ende Dez. Geburt eines 7monatlichen Kindes. Während der Schwangerschaft oft Erbrechen und Unbequemlichkeiten im Leibe beim Gehen. Nach dem Wochenbett starke Schmerzen. — Im vorderen Scheidengewölbe ein prallelastischer Tumor, beweglich und mässig empfindlich.

Diagnose: Linksseitige Parovarialcyste.

15. VII. 91. Op. i. N.: 12 cm. langer Schnitt. Entfernung des faustgrossen, leicht verwachsenen Tumors und Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

19. Fall.

Frau F., 53 Jahre, aus Stralsund.

Seit mehreren Jahren Schwellung des Unterleibes, vom Febr. 1891 ab stärkeres Wachstum und Unbequemlichkeiten, Atemnot, Herzklopfen, gänzlicher Appetitmangel und übles Aufstossen. — Nabelbruch mässigen Grades. Umfang 109,5 cm. Bis handbreit unter dem Nabel Dämpfung. Im hinteren Douglas eine unbewegliche, mässig feste Geschwulst, die fest mit dem Uterus zusammenhängt.

Diagnose: Malignes Ovarialkystom.

24. VII. 91. Op. i. N.: In der Bauchhöhle mehrere Liter hellgelber Flüssigkeit. Das verdickte Peritoneum

ist dicht mit grösseren und kleineren, glasig aussehenden Knötchen besetzt, die untere Bauchhöhle mit unregelmässigen, teils festen, teils cystischen Geschwulstmassen erfüllt. Aus einer kindskopfgrossen Cyste ergiesst sich dunkelblaurote Flüssigkeit, aus einer andern jauchige Masse. Nach Reinigung der Bauchhöhle und Entfernung der eröffneten Geschwulstmassen Schluss der Wunde.

Entlassung: 14. VIII. 91.

20. Fall.

Frau L., 34 Jahre, aus Stralsund.

Im April d. J. ein Tumor bemerkt; Beschwerden erst vor 7 Wochen. — Fester, knolliger Tumor bis 2 Finger über dem Nabel, ebenso im Scheidengewölbe. Uterus links, retrovertiert.

Diagnose: Tumor des linken Ovariums mit sehr dickem Inhalt.

17. X. 91. Op. i. N.: Der mannskopfgrosse, tiefgeklüftete, harte Tumor wird aus der Bauchwunde hervorgewälzt, der 8—9 cm. breite Stiel 2 cm. vom Uterus doppelt unterbunden und das Ligamentum lat. 2 cm. unterhalb der linken Tube durchschnitten und vernäht. Schluss der Wunde.

NB. Der Tumor erweist sich bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung als Carcinoma ovarii.

Erfolg: Heilung.

21. Fall.

Anna B., 30 Jahre, aus Freienwalde a/O.

Vor Ostern allmähliches Dickerwerden des Abdomens. Vom 1.—8. Okt. diffuse Schmerzen im Abdomen, die wieder völlig verschwanden. — Tumor bis in Nabelhöhe, glatt, derb, beweglich. Durch das vordere Scheidengewölbe leichte Consistenz fühlbar.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

9. XI. 91. Op. i. N.: Der mannskopfgrosse Tumor wird nach stumpfer Lösung einiger Adhäsionen und Unterbindung des Stiels leicht abgetragen. Revision und Schluss der Bauchhöhle.

Da in den Tagen nach der Operation Symptome von Ileus auftreten, wird am 14. XI. abends $8^1/_2$ Uhr die Laparotomie gemacht. Dieselbe ergiebt, dass die missfarbigen alten Wundränder an keiner Stelle verklebt sind, das braunrote Wundsekret einen exquisit fäkulenten Geruch hat, zahlreiche kleine Eiterherde im subkutanen Fettgewebe liegen, und dass die meteoristischen Intestina peritonitische Stellen zeigen. Nachdem die freie Beweglichkeit aller erreichbaren Darmschlingen constatiert, werden die Wundränder in $^1/_2$—1 cm. Breite abgetragen; trotzdem am 15. XI. morgens 6 Uhr Exitus letalis.

Sektionsergebnis: Knickung einiger Dünndarmschlingen durch fibrinöse Exsudationen der Serosa, damit Darmverschluss; sowie einzelne Herde einer diffusen Peritonitis fibrinosa.

22. Fall.

Anna F., 20 Jahre, aus Jarmen.

Seit Okt. 1890 Schwellung, Beschwerden beim Arbeiten; zur Zeit der Regel starke Schmerzen. Verschlimmerung seit Okt. d. J. — Bis zum Nabel ein prallelastischer Tumor. Uterus frei beweglich und nach rechts gelagert.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

9. XII. 91. Op. i. N.: Aus der mit dem Peritoneum pariet. verwachsenen Cyste entleert sich nach Einschnitt ca. 1 l. dunkelbraunroter Flüssigkeit, ebenso aus einer

zweiten mit der ersteren zusammenhängenden Cyste. Beide werden entfernt, und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

23. Fall.

Frau M., 35 Jahre, aus Schoenfliess.

Nach der letzten Geburt (vor 2 Jahren) bemerkte Patientin einen Tumor, der Anfang Okt. 1891 plötzlich stark wuchs und häufiges, hochgradiges Herzklopfen veranlasste. — Umfang 96 cm. Tumor 1 Finger breit über dem Nabel, teils knollig hart, teils fluktuierend. Undulation. Tumor im vorderen Scheidengewölbe vor dem retrovertierten Uterus.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

22. II. 92. Op. i. N.: Entleerung freien Bauchwassers beim Bauchschnitt, Lösung und Unterbindung zahlreicher Adhäsionen und des Stiels; Entfernung der Geschwulst. Reinigung und Schluss der Bauchhöhle, Wickelverband.

Erfolg: Heilung.

24. Fall.

Frau Sch., 45 Jahre, aus Neuendorf b.Grimmen.

Vor 4 Monaten traten die Menses alle 3 Wochen auf, blieben dann seit Weihnachten ganz aus. — Umfang 137,5 cm. Bauchhaut glänzend, zahlreiche alte und frische Striae; Undulation und Fluktuation, unten härtere Resistenz. Dämpfung bis nahe an den Processus xiph.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

29. II. 92. Op. i. N.: Schnitt. Der bis an den unteren Leberrand reichende Tumor entleert auf Einstich dunkle, trübe Flüssigkeit, wird dann mit der Nélaton'schen Zange stark angezogen und entfernt. Die aufgefangene Flüssigkeit wird auf 30 l. geschätzt.

Erfolg: Heilung.

25. Fall.

Frau Th., 42 Jahre, aus Ueselitz b. Poseritz.

Seit 4 Wochen blutet die Patientin fortwährend, seit 14 Tagen ist eine Anschwellung unterhalb des Nabels bemerkt. — Umfang 83,5 cm. Mässig beweglicher Tumor von derber Consistenz und undeutlicher Fluktuation bis in Nabelhöhe.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

11. III. 92. Op. i. N.: Bauchschnitt. Punktion des mannskopfgrossen Tumors, Hervorziehen mit der Nélaton'schen Zange, Unterbindung und Durchschneidung des Stiels. Revision und Schluss.

Erfolg: Heilung.

26. Fall.

Frau W., 35 Jahre, aus Wehrland b. Lessahn.

Vom vergangenen Herbst an gestörtes Allgemeinbefinden und Appetitmangel. Seit 4 Wochen zunehmende Anschwellung des Abdomens. — Umfang 116 cm. Starke Auftreibung auf der linken Seite; bis 15 cm. über dem Nabel teils fluktuierender, teils derberer Tumor. Uterus retro-sinistrovertiert.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

31. III. 92. Op. i. N.: Schnitt. Da der Tumor bis 2 Finger breit unter den Rippenbogen sich erstreckt und seitlich an die Bauchwände heranreicht, so wird die vorliegende fluktuierende Stelle incidiert; es entleert sich langsam eine milchiggetrübte, dickflüssige Masse, sodass nun der Tumor nach Versorgung des Stiels entfernt werden kann. Schluss.

Erfolg: Heilung.

27. Fall.

Frau R., 59 Jahre, aus Gr. Pentin b. Jarmen.

Seit 10 Wochen zunehmende Anschwellung auf der rechten Seite. Unbequemlichkeiten, namentlich bei Bewegung. — Rechts ein Tumor bis 3 Finger breit unter dem Nabel, weich, fluktuierend, bei Bewegung empfindlich. Starke Diastase der Recti. Tumor im rechten Scheidengewölbe.

Diagnose: Parovarialcyste rechterseits.

31. III. 92. Op. i. N.: Bei der Durchtrennung der Bauchdecken zeigt sich das Peritoneum mit dem Netz verwachsen. Lösung zahlreicher Adhäsionen, Entfernung der Geschwulst, Schluss der Bauchwunde.

Erfolg: Heilung.

28. Fall.

Frau B., 57 Jahre, aus Grubenhagen b. Greifswald.

Anschwellung des Leibes seit ca. $1^1/_2$ Jahren, seit 14 Tagen rapides Wachstum. Ein allmählich aufgetretener Scheidenvorfall geht seit 4 Monaten nicht mehr zurück. Hochgradige Verstopfung und fortwährender Urindrang. — Umfang 104 cm. Bis 4 Finger breit über dem Nabel ein undeutlich fluktuirender Tumor mit härteren Stellen; Undulation.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri; Prolapsus totalis vaginae et uteri retroflexi.

26. IV. 92. Op. i. N.: Bei Eröffnung entleert sich viel freies Bauchwasser. Zum Zwecke der Entfernung des Tumors müssen grössere Netzpartien unterbunden werden. Ventrofixatio uteri, Schluss, Wickelverband.

9. V. 92. Kolporrhaphie.

Erfolg: Heilung.

29. Fall.

Frau W., 72 Jahre, aus Gnerzow b. Demmin.

Kurze Zeit nach Neujahr zunehmende Anschwellung,

anfangs Uterusprolaps, der allmählich zurückging. — Teils fluktuirender, teils derberer Tumor bis 10 cm. über dem Nabel und im vorderen Scheidengewölbe. Prolaps der hinteren Scheidenwand, Retroversio uteri.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri.

1. VI. 92. Op. i. N.: Nachdem ein klarer, gelblicher Inhalt der deutlich in 2 Abteilungen geteilten Geschwulst entleert ist, wird letztere nach Lösung leichterer und derberer Adhäsionen entfernt, der Uterus an der vorderen Bauchwand durch 2 Seidensuturen fixiert, und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

30. Fall.

Frl. M., 22 Jahre, aus Lassan.

Umfang 83 cm. Bis 3 Finger breit über dem Nabel ein glatter, deutlich fluktuierender, rechts oben härterer Tumor, der rechts vorn durch das Scheidengewölbe zu fühlen ist.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

27. VII. 92. Op. i. N.: Nach wiederholtem Anstechen und Unterbindung derberer Verwachsungen, sowie des Stiels wird die Geschwulst entfernt, die Bauchhöhle gereinigt und geschlossen.

Erfolg: Heilung.

31. Fall.

Frau Sch., 40 Jahre, aus Anklam.

Seit der letzten Geburt (vor 5 Jahren) Magenkrampf und heftiges Erbrechen nach dem Essen. Geschwulst erst vor 6 Wochen bemerkt. — Ein höckriger, undeutlich fluktuierender Tumor ist bis an den rechten Leberlappen zu fühlen.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

22. VIII. 92. Op. i. N.: Der in der Bauchwunde erscheinende Tumor ist durch eine Querfurche in einen härteren oberen und weichen unteren Teil getrennt. Nach Abbindung von Netzadhäsionen gelingt es, die Geschwulst in toto herauszudrücken und zu entfernen.

Erfolg: Heilung.

32. Fall.

Frau R., 57 Jahre, aus Rotenkirchen.

Seit dem Climacterium fühlte sich Patientin nicht mehr so wohl wie früher und magerte im Frühjahre 1891 auffallend ab, nur der Leib behielt seine Stärke. Sie wurde verschiedentlich wegen Ascites behandelt und punktiert. — Umfang 109 cm. Zwischen Proc. xiph. und Nabel Dämpfung. Uterus retrovertiert.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

23. VIII. 92. Op. i. N.: Da der Tumor überall mit den Nachbarorganen fest verwachsen ist, gelingt seine Entfernung nur stückweise. Der im kleinen Becken gelegene Teil bleibt liegen, da man den Eindruck hat, als wäre hier der Cysteninhalt mit den Därmen selbst vermischt. Vereinigung mit der äusseren Haut, Ausstopfung des leeren Cystenteils mit sterilisiertem Mull, Wickelverband. — Unter täglicher Ausspülung und Tamponade verkleinert sich die Höhle allmählich bis auf Taubeneigrösse.

13. II. 93. Patientin wird entlassen mit der Weisung, die Behandlung zu Hause fortzusetzen.

33. Fall.

Frau F., 35 Jahre, aus Jarmen.

Beginn des Leidens wird 1 Jahr vor die erste Geburt verlegt, d. h. vor 6 Jahre. Seitdem zunehmende Schwellung des Leibes. — Umfang 110 cm. Bis 1 Finger breit unter

dem Proc. xiph. gedämpfter Schall, undeutliche Fluktuation und Undulation.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri.

6. IX. 92. Op. i. N.: Bauchschnitt. Auf Einstich in die Cyste entleeren sich ca 20 l. trüber, gelblichweisser Flüssigkeit. Nach Ablösung von Netzpartien wird der etwa 12 cm. lange, 4 mal um seine Axe gedrehte Stiel unterbunden und durchtrennt. Reinigung der Bauchhöhle, Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

34. Fall.

Frau P., 48 Jahre, aus Malchow, Kr. Schlawe.

Schwellung seit 2 Monaten, andauernde Schmerzen im Kreuz und Gefühl des Herausfallens aus dem Leibe. — Im hinteren Scheidengewölbe ein höckriger Tumor; unbeweglicher, glatter Tumor links.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri; linksseitige Parovarialcyste.

14. X. 92. Op. i. N.: Intestina und Netz liegen nach der Zwergfellkuppel zu. Das faustgrosse, kystomatöse, rechte Ovarium wird leicht entfernt, die kleinkindskopfgrosse linke Parovarialcyste erst nach Unterbindung der breiten Übergangsstelle in den Uterus. Vernähung der Blätter des Ligamentum lat., Schluss.

Erfolg: Heilung.

35. Fall.

Frau R., 24 Jahre, aus Garz a. R.

Nach der Entbindung im Mai d. J. Anschwellung der rechten Seite, die andauernd wuchs, sodass Patientin seit 8 Tagen an Atembeschwerden leidet. — Umfang 99 cm. Tumor bis 4 Finger breit über dem Nabel, teils fest, teils fluktuierend, ebenso rechts im Scheidengewölbe; Uterus retrovertiert.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri.

14. X. 92. Op. i. N.: Etwas freies Bauchwasser. Die Cyste wird zwecks Verkleinerung angestochen und der 4 Finger breite, 2 Finger dicke Stiel gehörig unterbunden und durchschnitten. Schluss.

Erfolg: Heilung.

36. Fall.

Frau K., 42 Jahre, aus Peetzig b. Schwedt a. O.

Seit 2 Jahren Gefühl eines Fremdkörpers im Leibe, Harnverhaltung, seit 3 Monaten Schwellung des Abdomens. — Umfang 94 cm. Undulation; harter, ballottierender Tumor über der Symphyse und im vorderen Scheidengewölbe.

Diagnose: Fibroma ovarii dextri.

5. XII. 92. Op. i. N.: Entleerung von etwa 10 l. freien Bauchwassers, Hervorziehen des kindskopfgrossen Tumors mit der Muzeux'schen Zange und Abtragung desselben. Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

37. Fall.

Friederike W., 28 Jahre, aus Prenzlau.

Im Wochenbett vor $^3/_4$ Jahr bemerkte Patientin eine rechtsseitige Geschwulst, die bei Berührung starke Schmerzen verursachte. — Auf der rechten Darmbeinschaufel eine hühnereigrosse, derbe Geschwulst, leicht beweglich.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

10. III. 93. Op. i. N.: Nachdem die flächenhaften Adhäsionen mit Coecum, Processus vermif., Beckenwand und Uterus partieenweise abgebunden und durchschnitten sind, wird die Geschwulst entfernt, die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

38. Fall.

Frau Th., 39 Jahre aus Garz a. R.

Seit der 1. Entbindung (vor 11 Jahren) andauernd Kreuzschmerzen, infolge deren Patientin bereits 1/4 Jahr bettlägerig ist. — Im hinteren Scheidengewölbe ein hühnereigrosser, derber Tumor, wenig beweglich und sehr schmerzhaft.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

13. III. 93. Op. i. N.: Bei Lösung der Adhäsionen mit der hinteren Fläche des Uterus und der vorderen des Rectums platzt die Cyste und entleert dunkelbraunrote, trübe Flüssigkeit, die sofort aufgetupft wird. Unterbindung des Stiels und Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

39. Fall.

Frau N., 25 Jahre, aus Jassy, Rumänien.

Diagnose: Cyste des linken Ovariums.

27. III. 93. Op. i. N.: 10 cm. langer Schnitt. Die gänseeigrosse Cyste im linken Ligamentum lat. wird nach Durchschneidung des letzteren herausgeschält, der Stiel unterbunden und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

40. Fall.

Ella F., 17 Jahre, aus Greifswald.

Patientin ist schon längere Zeit wegen starker Schmerzen infolge ausserordentlicher Empfindlichkeit des linken dislocierten Ovariums vergebens behandelt worden. Um Patientin, die als Dienstmädchen sich ihren Lebensunterhalt selbst erwerben muss, wieder arbeitsfähig zu machen, wird am

13. III. 93 die Ovariotomie ausgeführt.

Erfolg: Heilung.

41. Fall.

Hulda L., 30 Jahre, aus Rügenwaldermünde.

Symptome seit $2^1/_2$ Jahren: Dauernde Schmerzen im Leibe; vor 6—7 Wochen wurde eine Geschwulst bemerkt, die zweimal punktiert wurde. Seit 6 Wochen ist Patientin bettlägerig. — Umfang 89 cm. Tumor reichlich 3 Finger breit über dem Nabel, oben fest, unten fluktuierend. Deutliche Undulation.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii dextri.

17. III. 93. Op. i. N.: Bei Eröffnung der Bauchhöhle fliesst trübe, dunkelverfärbte Flüssigkeit hervor, ebenso aus dem angestochenen Tumor. Nach Durchschneidung und Versorgung des Stiels Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

42. Fall.

Frau J., 29 Jahre aus Lauenburg i. Pom.

Vor 1 Jahre heftige Leibschmerzen, welche Patientin 12 Wochen ans Bett fesselten. Nach $^1/_4$ Jahr allmähliche Besserung, Beschwerden nur beim Gehen und bei Anstrengungen. — Im rechten Scheidengewölbe ein glatter, runder Tumor, der die Symphyse 2 Finger breit überragt.

Diagnose: Parovarialcyste.

30. III. 93. Op. i. N.: ca. 10 cm. langer Schnitt und Herausschälung der kindskopfgrossen Cyste aus der Bauchfellduplikatur. Unterbindung des Stiels und Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

43. Fall.

Frl. E., 40 Jahre, aus Meesiger.

Seit 1 Jahre schwächere Regel und Druckempfindlichkeit in der linken Seite. — Im linken Scheidengewölbe neben dem retroflektierten Uterus ein gut faustgrosser, harter, glatter Tumor.

Diagnose: Parovarialcyste.

15. IV. 93. Op. i. N.: Das S-romanum und der untere Teil des Colon descendens sind durch den Tumor vorgewölbt. Nach Unterbindung von Adhäsionen Ausschälung der Cyste, Vernähung der Blätter des Lig. latum, Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

44. Fall.

Frau V., 33 Jahre, aus Böskow.

Letzte Regel kurz vor Weihnachten; gleich darauf bemerkte Patientin eine schnellwachsende Geschwulst. Appetit und Stuhl angehalten. — Bis 12 cm. über dem Nabel ein weicher Tumor, der durch einen festen Strang mit einem 2. unterhalb des Nabels gelegenen (Uterus) zusammenhängt. Schwangerschaftszeichen.

Diagnose: Dermoïdcyste des rechten Ovariums; Graviditas mensis IV.

29. IV. 93. Op. i. N.: Schnitt von etwa 6 cm. oberhalb des Nabels bis 10 cm. unterhalb desselben. Der vorliegende Tumor wird nach Lösung einiger Adhäsionen und Unterbindung seines Stiels entfernt, die Wunde geschlossen.

NB. Die Cyste ist angefüllt mit einem Convolut von Haaren und Detritus.

2. V. 93. Das Ei wird in toto ausgestossen.

Erfolg: Heilung.

45. Fall.

Frau B., 29 Jahre, aus Jatznick.

Vor etwa 3 Monaten Anschwellung, auf Druck schmerzhaft. Letzte Regel sehr stark. — Im vorderen Scheidengewölbe ein leicht beweglicher, mässig fester Tumor, der den Uterus nach hinten und rechts gedrängt hat.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

6. V. 93. Op. i. N.: 12 cm. langer Schnitt. Abtragung der etwas über mannsfaustgrossen Cyste, Schliessung der Wunde. Dauer der Operation 10 Minuten.

Erfolg: Heilung.

46. Fall.

Frau W., 39 Jahre, aus Anklam.

Seit einer Geburt vor 3 Jahren Schmerzen und Gefühl des Vorfalles. — Bis 2 Finger breit unter dem Nabel eine undeutlich fluktuierende Geschwulst. Links von der Portio eine deutliche Resistenz.

Diagnose: Kystoma parovarii sin.

20. V. 93. Op. i. N.: Schnitt, Herausschälung der mannskopfgrossen Cyste aus den Blättern des Ligamentum lat., Vernähung derselben und Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

47. Fall.

Frau K., 25 Jahre, aus Rakow.

Vor 6 Wochen heftige Schmerzen im Unterleib. — Bis 2 Finger breit unter dem Nabel ein glatter, fluktuierender Tumor, der auch im hinteren Scheidengewölbe fühlbar ist.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

5. VI. 93. Op. i. N.: Bei der Hervorwälzung platzt der Tumor und entleert trübe, gelblichrote Flüssigkeit. Herausschälung aus dem Peritoneum und Entfernung. Obgleich das linke Ovarium kleincystisch degeneriert ist, wird es zurückgelassen, um nicht vorzeitiges Climacterium herbeizuführen. Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

48. Fall.

Emma S., 37 Jahre, aus Barth.

Beginn des Leidens vor 2 Jahren mit Anschwellung

des Leibes, starken Schmerzen, namentlich beim Stuhlgang, Urinbeschwerden. — Umfang 90 cm. Tumor bis 2 Finger breit unter der Herzgrube, Fluktuation undeutlich.

Diagnose: Kystoma parovarii dextri.

14. VI. 93. Op. i. N.: Beim Ablösen von dem Netze und dem Colon descendens reisst die Cyste ein und entleert einen zunächst dünnflüssigen, dann breiigen, dunkelbraunen Inhalt. Zugleich mit der ersten müssen noch mehrere andere Cysten entfernt werden. Toilette der Bauchhöhle, Schluss.

Erfolg: Heilung.

49. Fall.

Frau Sp., 68 Jahre aus Barth.

Die Hauptbeschwerden der Patientin werden veranlasst durch einen seit $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr bestehenden Nabelbruch, Schwellung der Beine. — Umfang 132 cm. Bis 3 Finger breit über dem Nabel leerer Schall. Fluktuation sehr undeutlich. Im hinteren Douglas ein glatter Tumor.

Diagnose: Kystoma ovarii.

12. VI. 93. Op. i. N.: Aus der mit der vorderen Bauchwand verwachsenen Cyste entleert sich hellgelber, gallertiger Inhalt. Da der Tumor wegen totaler Verwachsungen nicht zu entfernen ist, wird von Inhalt und Tochtercysten fortgenommen, was irgend erreichbar ist (10 Pfund), und die Bauchhöhle geschlossen.

Patientin kollabiert zusehends, $2^1/_2$ Uhr erfolgt der Exitus letalis.

Die Sektion wurde verweigert.

50. Fall.

Frau S., 33 Jahre, aus Neu-Lietzigerike.

Seit der ersten Geburt (vor 13 Jahren) besteht eine Geschwulst, die seit diesem Winter schneller wuchs. —

Umfang 96 cm. Ein leicht beweglicher Tumor reicht bis 1 cm. über den Nabel; Uterus retroponiert, Tumor im vorderen Scheidengewölbe.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

5. VII. 93. Op. i. N.: Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst reichlich Ascitesflüssigkeit ab. Die mannskopfgrosse Cyste wird leicht entfernt, die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

51. Fall.

Auguste P., 29 Jahre, aus Marienhof b. Tychow.

Seit längerer Zeit heftige Schmerzen in der rechten Seite; seit Pfingsten eine Geschwulst bemerkt. — Harter, leicht beweglicher Tumor bis zum Nabel mit ungleicher Resistenz und unebener Oberfläche. Im vorderen Scheidengewölbe ist der rechts knochenharte, links elastische Tumor palpierbar.

Diagnose: Kystoma dermoides ovarii dextri.

17. VII. 93. Op. i. N.: Nachdem der schmierige, weissgelbe, fettige Detritusinhalt der Cyste entleert ist, wird dieselbe leicht entfernt. Schluss.

Erfolg: Heilung.

52. Fall.

Frau H., 36 Jahre.

Im Herbst v. J. traten heftige Unterleibsschmerzen auf; seit April d. J. blieben die Menses aus und der Leibumfang nahm äusserst schnell zu. — Umfang 111 cm. Ein aus grösseren Abteilungen bestehender, teilweise fluktuierender Tumor reicht bis in die Herzgrube und an beide Rippenbögen; derselbe ist auch im vorderen Scheidengewölbe zu fühlen.

Diagnose: Kystoma multiloculare ovarii sin.

24. VII. 93. Op. i. N.: Nachdem der Tumor durch

Anstechen um die Hälfte verkleinert ist, wird er nach Versorgung des Stiels entfernt. Wickelverband.

Erfolg: Heilung.

53. Fall.

Frau W., 58 Jahre, aus Belgard i. Pomm.

Seit Ostern d. J. heftige Schmerzen im Abdomen, Abmagerung. — Ein stellenweise fluktuierender Tumor reicht bis zum Nabel; die Leistendrüsen sind beiderseits geschwollen. Das vordere Scheidengewölbe wird durch einen höckrigen, beweglichen Tumor heruntergedrückt.

Diagnose: Carcinoma ovarii sin.

24. VII. 93. Op. i. N.: Bei der Eröffnung derBauchhöhle ergiebt sich allgemeine Carcinosis des Bauchfells; der höckrige Ovarialtumor wird entfernt und die Wunde geschlossen.

Entlassung am 14. VIII. 93.

54. Fall.

Frau H., 29 Jahre aus Wedelsberg b. Greifenberg.

Seit Anfang April leichte Beschwerden, Druck im Unterleib und Ausbleiben der Menses. Anfang Juni starke Schwellung. — Da Patientin im 3. Monat schwanger ist, wird zunächst die künstliche Frühgeburt eingeleitet.

1. VIII. 93. Umfang 103 cm. Ein prallelastischer Tumor reicht bis 3 Finger unter den Processus xiph.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

2. VIII. 93. Op. i. N.: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird der Tumor durch Einschneiden verkleinert und entfernt, die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

55. Fall.

Frau B., 27 Jahre aus Gingst a. R.

Seit $2^1/_2$ Jahren Schmerzen in der linken Seite. Trotz eingreifender Behandlung wurde Patientin immer elender;

der Stuhlgang wurde sehr unregelmässig, es gesellten sich starke Kopfschmerzen hinzu.

Diagnose: Ovarie.

Da nur ev. von einer Operation Heilung zu erwarten ist, wird dieselbe am 20. IX. 93 in Narkose ausgeführt: Die hyperämische linke Tube wird etwa 2 cm. vom Ovarium abgebunden, die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

56. Fall.

Gustava F., 22 Jahre, aus Wolgast.

Schwellung des Leibes seit dem Winter. — In dem aufgetriebenen Abdomen ist ein elastischer, fluktuierender Tumor zu fühlen, ebenso im vorderen Scheidengewölbe.

Diagnose: Kystoma parovariale sin.

11. IX. 93. Op. i. N.: Bauchschnitt. Entleerung der Cyste durch Einstich. Unterbindung des einmal um seine Axe gedrehten Stiels und Entfernung der Geschwulst. Schluss. Dauer 30 Minuten.

Erfolg: Heilung.

57. Fall.

Frl. v. P., 64 Jahre, aus Cammin.

Seit 2 Jahren Unbequemlichkeiten und Druck im Unterleib, Schwindel und Ohnmachtsempfindungen; seit Weihnachten Zunahme der Beschwerden und des Leibes. — Umfang 98 cm. Die Geschwulst überragt 3 Finger breit den Nabel, ist glatt, fluktuierend und im vorderen Scheidengewölbe zu fühlen.

Diagnose: Kystoma ovarii sin.

15. IX. 93. Op. i. N.: Bauchschnitt. Nach Abtragung der mit klarer, gelber Flüssigkeit gefüllten Cyste wird gleichzeitig eine faustgrosse Dermoïdgeschwulst entfernt mit gelbem, breiigem Inhalt, der mit Haaren vermischt ist.

Erfolg: Heilung.

58. Fall.

Frau W., 69 Jahre, aus Greifswald.

Seit 8 Jahren wurde eine Geschwulst bemerkt und seit 1 Jahre ein Scheidenvorfall. Schwellung der Füsse. — Umfang 98 cm. Ein fluktuierender Tumor reicht bis 3 Finger breit unter den Processus ensif. und ist auch durch das vordere Scheidengewölbe der prolabierten Scheide zu fühlen.

Diagnose: Kystoma parovariale.

16. X. 93. Op. i. N.: Bei dem Versuch, die Cyste herauszuwälzen, platzt dieselbe und entleert klare, helle Flüssigkeit. Nunmehr wird sie abgetragen, und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

59. Fall.

Frau N., 43 Jahre, aus Prerow.

Seit Ende Aug. bemerkte Patientin eine bewegliche Geschwulst, zugleich Urinbeschwerden und Abmagerung. — Umfang 90,5 cm. Ein fluktuierender Tumor mit runden, harten Knoten im unteren Teil steht 1 Finger breit über dem Nabel, ist mässig schmerzhaft und im vorderen Scheidengewölbe zu fühlen. Die ganz consistente Portio scheint mit ihm unmittelbar verbunden. Hinter dem Uterus härtere, unregelmässige Tumoren.

Diagnose: Carcinomatös entartetes Ovarialkystom.

25. X. 93. Op. i. N.: Der vorliegende, cystische Tumor wird angestochen und nach Ablösung seiner Adhäsionen entfernt. Das Peritoneum in der Nähe des Uterus ist mit knolligen, derben Tumoren besetzt, die loszulösen nicht möglich ist; daher Schluss der Wunde.

Entlassung: 16. XI. 93.

60. Fall.

Frau R., 49 Jahre, aus Bärwalde, Kr. Königsberg.

Vor $^3/_4$ Jahren Anschwellung und Schmerzen, Harn- und Stuhlbeschwerden. — Umfang 106,5 cm. Ein teils glatter, teils höckriger Tumor reicht bis 17 cm. über den Nabel und in beide Hypochondrien hinein; rechts vom Nabel Fluktuation.

Diagnose: Kystoma ovarii.

1. XI. 93. Op. i. N.: Um den sehr grossen Tumor aus der Bauchwunde herauswälzen zu können, muss er mehrmals angestochen werden. Blutende Gefässe des eingerissenen Stiels werden umstochen. Nach gänzlicher Abtragung des letzteren wird die Bauchhöhle geschlossen und ein Wickelverband angelegt.

Erfolg: Heilung.

NB. Die Cyste wog, nachdem bei der Operation etwa 10 l. Inhalt abgelassen waren, noch 6 kg.

61. Fall.

Frau H., 38 Jahre, aus Trebenow b. Cammin.

Es besteht reponierbarer Scheidenprolaps. Bimanuell findet man einen festen, glatten Tumor bis 3 Finger breit unter dem Nabel und das hintere Scheidengewölbe ausfüllend.

Diagnose: Kystoma parovariale dext.

14. XI. 93. Op. i. N.: Bei der Herausschälung der in den hinteren Douglas gesunkenen Cyste aus dem Peritoneum platzt ihre Wand und kollabiert. Nun wird der Stiel abgetragen, die Blätter des Lig. lat. vereinigt und die Wunde geschlossen.

Erfolg: Heilung.

62. Fall.

Amalie K., 56 Jahre, aus Greifswald.

Zunahme des Bauchumfangs seit $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr. Im Aug. sehr heftige Leibschmerzen und Urinbeschwerden,

desgl. im Okt. und Nov. — Umfang 90 cm. Unregelmässiger Tumor bis 2 Finger breit über dem Nabel, teils fluktuierend, teils hart.

Diagnose: Dermoïdcyste des linken Ovariums.

11. XI. 93. Op. i. N.: Der in die Bauchwunde sich einstellende obere, cystische Teil der Geschwulst entleert auf Incision eine schmierige, dickflüssige, gelbe Masse, worauf sich der Tumor so verkleinert, dass er entfernt werden kann. Schluss.

Erfolg: Heilung.

NB. Patholog.-anatomische Diagnose: Carcinomatös degeneriertes Ovarialkystom.

63. Fall.

Johanna R., 61 Jahre, aus Wolgast.

Nervöse Beschwerden, Präkordialangst, Schwellung vor 8 Jahren, seit 4 Wochen starkes Wachstum und Urinbeschwerden, sowie Dyspnoe. — Freies Bauchwasser, ein Tumor nicht deutlich zu fühlen.

Diagnose: Kystoma ovariale sin. (carcinomatös degeneriert).

23. XI. 93. Op. i. N.: Bei Eröffnung der Bauchhöhle fliesst ca. $^3/_4$ Eimer Ascitesflüssigkeit ab. Sodann erscheint eine mit der linken Uteruskante durch einen dünnen Stiel zusammenhängende Cyste, die nach ihrer Hervorwälzung auf Einstich klaren Inhalt entleert. Unterbindung und Versenkung des Stiels. Schluss.

Erfolg: Heilung.

64. Fall.

Frau B., 35 Jahre, aus Zicker.

Seit 5 Jahren Schmerzen und zahlreiche nervöse Beschwerden, Anästhesie der Beine. — Vor dem retroflektierten Uterus liegt ein faustgrosser, cystischer Tumor mit glatter Oberfläche und sehr grosser Beweglichkeit.

Diagnose: Parovariale Cyste.

7. XII. 93. Op. i. N.: Bauchschnitt, Unterbindung und Entfernung je einer langgestielten Cyste zu beiden Seiten des Uterus. Schluss der Wunde.

Erfolg: Heilung.

65. Fall.

Frau G., 64 Jahre, aus Triebsees.

Nach der Ovariotomie 1888 vollkommenes Wohlbefinden. Im Juli v. J. mässige Blutung, desgl. im Aug., Nov. und Dez., jetzt ununterbrochen. Seit 3 Wochen Schwellung, Herzklopfen, Atemnot. — Umfang 97,5 cm. Weicher, fluktuierender Tumor bis zum Nabel, mit erbsengrossen Erhabenheiten.

Diagnose: Rechtsseitige Ovarialcyste (Kystadenoma myxomatodes ovarii dextri).

4. II. 94. Op. i. N.: Aus der Bauchhöhle fliesst eine klare, gelbliche, etwas viscide Flüssigkeit hervor. Bei der Hervorwälzung des mit kleinen Bläschen besetzten weichen Tumors reisst derselbe ein und entleert gelbliche, gelatinöse Flüssigkeit. Nach seiner Entfernung wird die Bauchhöhle geschlossen.

Erfolg: Heilung.

66. Fall.

Frau K., 53 Jahre, aus Anklam.

Anschwellung im letzten Sommer bemerkt; Unbequemlichkeit im Leibe, Druck auf den Mastdarm, Drängen nach unten. — Umfang 97 cm. Bis 3 Finger breit über dem Nabel ein glatter, fluktuierender Tumor.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

10. II. 94. Op. i. N.: Schnitt. Die Adhäsionen mit dem Netz lassen sich leicht lösen; auf Einstich entleert sich aus dem Tumor gelbbraune, gallenähnliche Flüssigkeit.

Die so verkleinerte Geschwulst lässt sich nach Unterbindung des Stiels leicht entfernen. Schluss.

Erfolg: Heilung.

67. Fall.

Frau K., 69 Jahre, aus Prenzlau

Vor $2^1/_2$ Jahren ist Patientin wegen einer Ovarialgeschwulst operiert. Im Sommer v. J. wieder Schwellung des Leibes, die im Laufe des Winters stark zunahm. — Umfang 96 cm. Ein fluktuierender Tumor mit unebener Oberfläche und mehreren Abteilungen bis 2 Finger breit über dem Nabel. Das linke Bein ist stark ödematös.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

22. II. 94. Op. i. N.: Bauchschnitt. Bei Hervorwälzung reisst der höckrige, morsche Tumor an verschiedenen Stellen ein. Der Stiel besteht aus einer Anzahl isoliert neben einander verlaufender Gefässe, die mit starken Seidenfäden unterbunden und dann durchschnitten werden. Schluss der Bauchhöhle.

Erfolg: Heilung.

68. Fall.

Bertha V., 19 Jahre, aus Alt-Paalow b. Zitzewitz.

Anfang Okt. heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend; nach 4 Wochen Anschwellung des Leibes und hochgradige Beschwerden. Am 23. I. 94 Laparotomie in Schlawe, ohne Entfernung der Geschwulst; Zurückbleiben einer Bauchfistel; starke Abmagerung.

Diagnose: Carcinoma ovarii sin.; Ascites.

6. III. 94. Op. i. N.: Nach Eröffnung der Bauchhöhle fliesst eine rötlichgefärbte Flüssigkeit ab, und es präsentiert sich ein unregelmässiger Tumor, der zahlreiche Verwachsungen zeigt, die stumpf gelöst werden. Eine infiltrierte Netzpartie wird reseciert. Aus dem hervorgewälzten, ein-

gerissenen Tumor entleert sich ein gelber, schmieriger Brei, der zum teil in die Bauchhöhle fliesst. Abtragung der Geschwulst, Schluss der Operationswunde; Anfrischung der alten Wundränder und Vereinigung durch Etagennähte.

Nach der Operation kollabiert die Patientin und am 7. III. morgens 5 Uhr erfolgt der Exitus letalis.

Sektionsergebnis: Dunkelroter, ungetrübter Inhalt der Bauchhöhle. Das Peritoneum des Dünndarms zeigt gelbe, opake Auflagerungen. Vom Stiel bis zum oberen Rande der linken Niere reichliche gelbe, opake, weiche Massen, die dem Inhalt des Tumors entsprechen und an einigen Stellen mehrere Centimeter betragen, stellenweise mit frischen Blutcoagulis bedeckt.

69. Fall.

Frau K., 58 Jahre, aus Woldegk.

Seit ungefähr $1^1/_2$ Jahren allmähliches Wachstum des Leibes; Urindrang. Vor 4 Wochen stärkere Blutung. — Umfang 113 cm. Bis 14 cm. über dem Nabel ist eine gleichmässig glatte Geschwulst zu palpieren. Der Uterus ist stark gegen das vordere Scheidengewölbe herabgedrückt.

Diagnose: Kystoma ovarii dextri.

15. V. 94. Op. i. N.: Entfernung eines grossen, cystischen Ovarialtumors, der glattwandig ist und nur durch einen kleinen Stiel mit dem rechten Parametrium verbunden ist.

Erfolg: Heilung.

Betrachten wir nun zunächst die Resultate der vorstehenden, von Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Pernice ausgeführten Ovariotomieen, so finden wir, dass von 69 operierten Patientinnen 61 als geheilt entlassen werden konnten. Es starben im Anschluss an die Operation

3 Kranke, und zwar eine (Fall 21) an Darmverschluss infolge Knickung von Darmschlingen durch fibrinöse Exsudationen des Peritoneums; bei der zweiten (Fall 68) ergab die Sektion gelbe, opake Auflagerungen des Peritoneums und frische Blutkoagula; die Todesursache der dritten Patientin (Fall 49) blieb unbekannt, da die Sektion verweigert wurde. Als ungeheilt mussten entlassen werden 5 Patientinnen.

Da die eitrige Peritonitis entschieden die häufigste Todesursache bei der Ovariotomie ist, so ist auch der Erfolg dieser Operation vornehmlich abhängig von dem Eintreten oder Ausbleiben derselben. Erst in zweiter Linie kommen in Betracht: Pyämie, Ileus, Haemorrhagien, Nachblutungen, Tetanus etc., Komplikationen, welche mit der voraufgegangenen Ovariotomie ebenfalls unzweifelhaft in Zusammenhang gebracht werden müssen; während dagegen in manchen Fällen ungünstige Ereignisse eintreten, die nur indirekt mit der Operation etwas zu thun haben oder vollständig als Zufälligkeiten angesehen werden müssen. Hierher gehören z. B. Embolien im kleinen Kreislauf, Apoplexia embolica, Hyperpyrexie, Fettmetamorphose und braune Atrophie des Herzens, Pneumonie etc.

Betreffs der als ungeheilt entlassenen Patientinnen ist zu bemerken, dass in 4 Fällen wegen der bereits bestehenden Krebsgeneralisation eine Radikalheilung unmöglich war, während jedoch in dem 5. Falle zu erwarten stand, dass noch nachträglich vollständige Genesung eintreten werde.

An malignen Geschwülsten wurden operiert: 1 Fibrosarkom, 1 Cystosarkom und 8 Carcinome. 6 dieser Kranken wurden geheilt. Als Dermoïdcysten erwiesen sich 3 Tumoren. Bei 3 Patientinnen bestand neben der Ovarial-

geschwulst gleichzeitig Gravidität. In dem einen Falle (44) wurde das Ei am 3. Tage nach Ausführung der Ovariotomie in toto ausgestossen, im zweiten (54) leitete man zunächst die künstliche Frühgeburt ein, und im dritten (2) wurde die Frucht ausgetragen. Alle 3 Operationen verliefen glücklich. An die Ovariotomie wurde 3 mal sofort die Ventrofixatio uteri angeschlossen. Stieltorsionen, zum teil nicht unbeträchtlich, fanden sich 4. 2 mal fand die Ovariotomie statt bei nicht zu einer Geschwulst degeneriertem Ovarium, und zwar in einem Falle (7) beiderseitig.

Von den Operierten standen im

Alter	von	15—20	Jahren	4 Patientinnen.
-	-	21—30	-	21 -
-	-	31—40	-	18 -
-	-	41—50	-	7 -
-	-	51—60	-	9 -
-	-	61—70	-	9 -
-	-	71—75	-	1 -

Vergleichen wir endlich die Zahl der Operationen mit der der Todesfälle, so bekommen wir hier im Verhältnis zu anderen bedeutenden Gynäkologen ein ganz ausserordentlich günstiges Resultat heraus. Dies lehrt z. B. eine Betrachtung folgender Zusammenstellung:

Wells	1000	Ovariotomieen	mit	23,2% Todesfällen
Keith	381	-	-	10,76% -
Koeberlé	306	-	-	24,51% -
Thornton	423	-	-	9,45% -
Tait	405	-	-	8,14% -
Olshausen	293	-	-	9,21% -
Schroeder	658	-	-	12,61% -
Martin	208	-	-	8,65% -

Zum Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, dem Chef der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Pernice für die gütige Überweisung des Themas und die freundliche Überlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

LITTERATUR.

Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
Hegar u. Kaltenbach, Die operative Gynäkologie.
Waldeyer, Archiv für Gynäkologie. Band I.
Martin, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

LEBENSLAUF.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst Richard Reinhold Busack, wurde geboren am 1. März 1870 zu Torgelow in Pomm. als ältester Sohn des Bauerhofsbesitzers Ferdinand Busack und seiner Ehefrau Mathilde, geb. Röhl. Seine erste Schulbildung erhielt er in seinem Heimatsorte in einer Privatschule und besuchte vom 12. Lebensjahre an das Gymnasium zu Anklam. Ostern 1890 verliess er diese Anstalt mit dem Zeugnis der Reife und studierte in Greifswald Medizin. Im Sommer-Semester 1890 genügte er daselbst seiner Militärpflicht mit der Waffe beim Inf.-Rgmt. Prinz Moritz von Anhalt-Dessau No. 42 und absolvierte im Februar 1892 das Tentamen physicum. Das Examen rigorosum bestand Verfasser am 6. August 1894.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:
Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern und besonders Herrn Geh. Medizinal-Rat Prof. Dr. Mosler, an dessen Klinik er als Volontär thätig sein durfte, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank aus.

THESEN.

I.

Das zuverlässigste Mittel gegen alle Geschwülste ist die operative Entfernung derselben.

II.

Die Ausspülung des puerperalen Uterus mit Sublimat oder Carbol ist gänzlich zu verwerfen.

III.

Die gänzliche Streichung des Aderlasses ist auch heute nicht in der Therapie zulässig.

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
1	27. VIII. 90	Frau Z., 52 Jahre, aus Stralsund	11 Monate	Ovarialkystom	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 22 Tag.	
2	5. IX. 90	Frau G., 20 Jahre, aus Stettin	4 Monate	Rechtsseitige Ovarialgeschwulst, Graviditas m. VI	Sarkoma ovarii dextri	Genesung nach 26 Tag.	Der fibromähnliche Tumor erweist sich bei mikroskopischer Untersuchung als Sarkom.
3	29. IX. 90	Frau U., 64 Jahre, aus Anklam	$2^1/_2$ Jahr	Cyste im linken Lig. lat.	Kystoma parovarii sin.	Genesung nach 38 Tag.	
4	8. XI. 90	Frau D., 30 Jahre, aus Meiersberg	$^1/_4$ Jahr	Kystoma ovarii	Kystoma ovarii	Genesung nach 21 Tag.	In der Bauchhöhle befindet sich fadenziehende Flüssigkeit.
5	29. XI. 90	Frau H., 25 Jahre, aus Mönchow	$3^1/_4$ Jahr	Parovariale Cyste	Kystoma parovarii	Genesung nach 22 Tag.	
6	22. XII. 90	Frau F., 38 Jahre, aus Demmin	2 Monate	Linksseitiges Ovarialkystom	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 20 Tag.	
7	14. II. 91	Frl. W., 29 Jahre, aus Gr.-Janth	$1^1/_4$ Jahr	Oophoritis chron. sin. u. Dysmenorrhoe	Ophoritis chron. sin.	Genesung nach 31 Tag.	Patientin war im Nov. 1889 wegen Dysmenorrhoe in Behandlung.
8	7. II. 91	Frau A., 25 Jahre, aus Anklam	$^3/_4$ Jahr	Entw. beginnende Ovarialgeschwulst od. Tubargravidität	Kystoma ovarii dextri, Salpingitis proliferans, Hydrosalpinx.	Genesung nach 23 Tag.	
9	16. II. 91	Frau A., 67 Jahre, aus Dedelow	Seit Johanni 1890	Ovarialkystom	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 29 Tag.	Es ist freies Bauchwasser vorhanden.
10	18. II. 91	Frau W., 26 Jahre,	4 Monate	Ovarialkystom	Kystoma ovarii	Genesung	

11	17. III. 91	Frau Q., 41 Jahre, aus Prenzlau	9 Jahre	Parovarialcyste	Kystoma parovarii	Genesung nach 21 Tag.	Patient. ist seit 6 Jahren wiederholt punktiert.
12	14. IV. 91	Frau L., 31 Jahre, aus Neu-Ungnade	2 Jahre	Subseröses Fibromyom.	Kystoma ovarii papillare sin.	Genesung nach 22 Tag.	
13	11. V. 91	Frau V., 31 Jahre, aus Demmin	7 Jahre	Ovarialkystom	Kystoma ovarii	Genesung nach 20 Tag	Der 6 cm. lange Stiel hat sich 5—6 mal um seine Axe gedreht und zeigt, wie auch der Tumor selbst, Stauungssymptome.
14	22. V. 91	Frau K., 66 Jahre, aus Baumgarten	2 Jahre	Ovarialkystom	Cystosarkoma ovarii sin.	Genesung nach 22 Tag.	Leichter Hängebauch.
15	30. V. 91	Frau V., 25 Jahre, aus Anklam	$1^1/_4$ Jahr	Cystische Geschwulst im link. Parametrium	Papilläre Ovarialcyste.	Genesung nach 30 Tag.	Ventrofixatio uteri.
16	17. VI. 91	Frau B., 40 Jahre, aus Neu-Jershagen	$^3/_4$ Jahr	Parovarialcyste	Parovarialcyste	Genesung nach 29 Tag.	Der ca. 3 cm. dicke Stiel ist dicht am Uterus mehrmals torquiert.
17	27. VII. 91.	Bertha R., 24 Jahre, aus Lassbeck.	6 Monate	Maligner Tumor des linken Ovariums.	Adenoma malignum ovarii sin.	Entlassung im gebesserten Zustande nach 26 Tag.	Ascites u. Pleuritis exsudativa dextra. Nach ca. 2 Jahren soll Patientin an allgemeiner Carcinose gestorben sein.
18	15. VII. 91.	Frau H., 28 Jahre, aus Potthagen.	Ungefähr $^3/_4$ Jahr.	Linksseitige Parovarialcyste.	Kystoma parovarii sin.	Genesung nach 19 Tag.	
19	24. VII. 91.	Frau F., 53 Jahre, aus Stralsund.	Mehrere Jahre	Malignes Ovarialkystom.	Carcinoma ovarii et Carcinosis peritonei.	Entlassung 14. VIII. 91.	Da das verdickte Peritoneum dicht mit Carcinommetastasen besetzt ist, wird von einer Radikaloperation Abstand genommen.
20	17. X. 91.	Frau L., 34 Jahre, aus Stralsund.	6 Monate.	Tumor des linken Ovariums mit sehr dickem Inhalt.	Carcinoma ovarii sin.	Genesung nach 22 Tag.	

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen.
21	9. XI. 91.	Anna B., 30 Jahre, aus Freienwalde a. O.	Seit Ostern.	Rechtsseitiges Ovarialkystom.	Kystoma ovarii dextri.	Tod.	Die Sektion ergiebt Darmverschluss u. Peritonitis fibrinosa.
22	9. XII. 91.	Anna F., 20 Jahre, aus Jarmen.	Über 1 Jahr.	Rechtsseitiges Ovarialkystom.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 19 Tag.	
23	22. II. 92.	Frau M., 35 Jahre, aus Schoenfliess.	2 Jahre.	Linksseitiges Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii sin.	Genesung nach 26 Tag.	Ascites.
24	29. II. 92.	Frau Sch., 45 Jahre, aus Neuendorf.	4 Monate.	Linksseitiges Ovarialkystom.	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 24 Tag.	Die aufgefangene Flussigkeit wird auf 30 l. geschätzt.
25	11. III. 92.	Frau Th., 42 Jahre, aus Ueselitz.	4 Wochen.	Linksseitige Ovarialcyste	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 20 Tag.	
26	31. III. 92.	Frau W., 35 Jahre, aus Wehrland.	Seit Herbst 1891.	Linksseitiges Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii sin.	Genesung nach 31 Tag.	
27	31. III. 92.	Frau R., 59 Jahre, aus Gr.-Pentin.	10 Wochen.	Parovarialcyste rechterseits.	Kystoma parovarii dextri.	Genesung nach 30 Tag.	
28	26. IV. 92.	Frau B., 57 Jahre, aus Grubenhagen.	$1^1/_2$ Jahr.	Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii dextri.	Genesung nach 25 Tag.	Ascites. Ventrofixatio uteri.
29	1. VI. 92.	Frau W., 72 Jahre, aus Gnerzow.	Seit Neujahr.	Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii dextri.	Genesung nach 21 Tag.	Ventrofixatio uteri.
30	27. VII. 92.	Frl. M., 22 Jahre, aus Lassan.	—	Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii sin.	Genesung nach 21 Tag.	
31	22. VIII. 92.	Frau Sch., 40 Jahre, aus Anklam.	5 Jahre.	Linksseitiges Ovarialkystom.	Kystoma multiloculare ovarii sin.	Genesung nach 23 Tag.	

		aus Rotenkirchen.			lare ovarii sin.	am 13. II. 93.	lassung die Weisung, die Behandlung der noch bestehenden Cystenhöhle fortzusetzen.
33	6. IX. 92.	Frau F., 35 Jahre, aus Jarmen.	6 Jahre.	Rechtsseitiges Ovarialkystom.	Kyst. multiloc. ov. dextri.	Genesung nach 18 Tag.	Stieltorsion.
34	14. X. 92.	Frau P., 48 Jahre, aus Malchow.	2 Monate.	Rechtseit. Ovarialkystom; linksseit. Parovarialcyste.	Kyst. multiloc. ov. dextri et Kyst. parov. sin.	Genesung nach 24 Tag.	
35	14. X. 92.	Frau R, 24 Jahre, aus Garz a/R.	5 Monate.	Rechtsseit. Ovarialkystom.	Kyst. multiloc. ov. dextri.	Genesung nach 22 Tag.	Ascites.
36	5. XII. 92.	Frau K., 42 Jahre, aus Peetzig.	2 Jahre.	Fibroma ovarii dextri.	Fibroma ovarii dextri.	Genesung nach 23 Tag.	Ascites 10 l.
37	10. III. 93.	Friederike W., 28 J., aus Prenzlau.	$^3/_4$ Jahr.	Rechtsseit. Ovarialcyste.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 34 Tag.	
38	13. III. 93.	Frau Th., 39 Jahre, aus Garz a/R.	11 Jahre.	Linksseit. Ovarialcyste.	Kystoma multiloc. ovarii sin.	Genesung nach 19 Tag.	
39	27. III. 93.	Frau N., 25 Jahre, aus Jassy.	—	Cyste des linken Ovariums.	Kystoma parovar. sin.	Genesung nach 20 Tag.	
40	13. III. 93.	Ella F., 17 Jahre.	—	Ausserordentl. Empfindlichk. des linken disloc. Ovariums.	—	Genesung nach 18 Tag.	
41	17. III. 93.	Hulda L., 30 Jahre, aus Rügenwaldermünde.	$2^1/_2$ Jahre.	Rechtsseit. Ovarialkystom.	Kystoma multilocul. ovarii dextri.	Genesung nach 23 Tag.	In der Bauchhöhle trübe dunkle Flüssigkeit.
42	30. III. 93.	Frau J., 29 Jahre, aus Lauenburg i/P.	1 Jahr.	Parovarialcyste.	Kystoma parovarii.	Genesung nach 17 Tag.	
43	15. IV. 93.	Frl. E., 40 Jahre, aus Meesiger.	1 Jahr.	Parovarialcyste.	Kystoma parovarii.	Genesung nach 46 Tag.	

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
44	29. IV. 93.	Frau V., 33 Jahre, aus Böskow.	Seit Weihnachten 92.	Rechtsseit. Ovarialcyste; Graviditas m. IV.	Kystoma dermoides ovarii dextri.	Genesung nach 16 Tag.	Die Cyste ist angefüllt mit einem Convolut v. Haaren u. Detritus. Am 3. Tage nach der Operat. wird das Ei in toto ausgestossen.
45	6. V. 93.	Frau B, 29 Jahre, aus Jatznick.	3 Monate.	Linksseit. Ovarialcyste.	Kystoma ovarii sin.	Genesung nach 25 Tag.	Dauer der Operation 10 Minuten.
46	20. V. 93.	Frau W., 39 Jahre, aus Anklam.	3 Jahre.	Linksseit. Parovarialcyste.	Kyst. parovarii sin.	Genesung nach 34 Tag.	
47	5. VI. 93.	Frau K., 25 Jahre, aus Rakow.	6 Wochen.	Ovarialkystom.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 21 Tag.	
48	14. VI. 93.	Emma Sch., 37 J., aus Barth.	2 Jahre.	Rechtsseit. Parovarialcyste.	Kystoma parovarii dextri.	Genesung nach 21 Tag.	
49	12. VI. 93.	Frau Sp, 68 Jahre, aus Barth.	ca. $^3/_4$ Jahr.	Ovarialcyste.	Kystoma ovarii.	Tod.	Die Sektion wurde verweigert.
50	5. VII. 93.	Frau S., 33 Jahre, aus N.-Lietzigerike.	13 Jahre.	Linksseit. Ovarialcyste.	Kyst. multil. ovar. sin. Ascites.	Genesung nach 21 Tag.	Ascites.
51	17. VII. 93.	Auguste P., 29 J., aus Marienhof.	Längere Zeit.	Dermoidcyste des rechten Ovariums.	Kystoma dermoid. ovarii dextri.	Genesung nach 20 Tag.	Die Cyste enthält nur gelbe Detritusmassen.
52	24. VII. 93.	Frau H., 36 Jahre.	Seit Herbst 1892.	Ovarialcyste.	Kystoma multiloc. ovarii sin.	Genesung nach 22 Tag.	
53	24. VII. 93.	Frau W., 58 Jahre, aus Belgard i/P.	ca. $^1/_4$ Jahr.	Ovarialcarcinom.	Carcinoma ovarii sin. Carcinosis peritonei.	Entlassung 14. VIII. 93.	Ungeheilt entlassen wegen allgemeiner Carcinosis.
54	2. VIII. 93.	Frau H, 29 Jahre,	4 Monate.	Ovarialcyste.	Kystoma ovarii sin.	Genesung	Vor der Operation wurde

56	11. IX. 93.	Gustava F., 22 J., aus Wolgast.	ca. $^3/_4$ Jahr.	Parovarialcyste.	Kystoma parovarii sin.	Genesung nach 25 Tag.	Der Stiel ist 1 mal um seine Axe gedreht. Dauer der Operation 30 Minuten.
57	15. IX. 93.	Frl. v. P., 64 Jahre, aus Cammin.	2 Jahre.	Linkss. Ovarialcyste.	Kystoma ovarii sin. et Kyst. dermoides.	Genesung nach 22 Tag.	Die Dermoidcyste enthält Haare und Detritus.
58	16. X. 93.	Frau W., 69 Jahre, aus Greifswald.	8 Jahre.	Parovarialcyste.	Kystoma parovariale.	Genesung nach 24 Tag.	
59	25. X. 93.	Frau N., 43 Jahre, aus Prerow.	2 Monate.	Carcinomatös degen. Ovarialcyste.	Kystoma carcin. ovarii.	Entlassung 16. XI. 93.	Radikaloperation wegen Carcinosis peritonei unmöglich.
60	1. XI. 93.	Frau R., 49 Jahre, aus Bärwalde.	$^3/_4$ Jahr.	Ovarialcyste.	Kyst. multil. ovarii.	Genesung nach 21 Tag.	Die Geschwulst wog ohne die entfernten 10 l. 6 kg.
61	14. XI. 93.	Frau H., 38 Jahre, aus Trebenow.	—	Parovarialcyste.	Kystoma parovarii.	Genesung nach 23 Tag.	
62	11. XI. 93.	Amalie K., 56 Jahre, aus Greifswald.	$^1/_2$—$^3/_4$ Jahr.	Dermoidcyste des linken Ovariums.	Kyst. carcin. ovarii.	Genesung nach 21 Tag.	
63	23. XI. 93.	Johanna R., 61 J., aus Wolgast.	8 Jahre.	Linkss. Ovarilcyste.	Kyst. carcin. ovarii sin.	Genesung nach 23 Tag.	Ascites Carcinomatös degeneriertes Ovarialkystom.
64	7. XII. 93.	Frau B., 35 Jahre, aus Zicker.	5 Jahre.	Ovarialcyste.	Kystoma parovarii utriusque.	Genesung nach 21 Tag.	
65	4. II. 94.	Frau G., 64 J., aus Triebsees.	7 Monate.	Rechtsseit. Ovarialcyste.	Kyst. myxomatodes ovarii dext. Ascites.	Genesung nach 29 Tag.	Operation wegen Ovarialkystom 1888.
66	10. II. 94.	Frau K., 53 J., aus Anklam.	$^1/_2$ Jahr.	Ovarialcyste.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 21 Tag.	
67	22. II. 94.	Frau K., 69 J., aus Prenzlau.	$2^1/_2$ Jahre.	Rechtsseit. Ovarialcyste.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 22 Tag.	Der Stiel besteht aus einer Anzahl isoliert nebeneinander vorlaufend. Gefässe.

Nummer	Tag der Operation	Name und Alter der Kranken	Dauer der Krankheit	Klinische Diagnose	Anatomische Diagnose	Ergebnis	Bemerkungen
68	6. III. 94.	Bertha V., 19 J., aus Alt-Paalow.	Seit Anfang Okt. 1893.	Carcin. ovarii sin. Ascites.	Carcinoma ovarii sin. Ascites.	Tod.	Sektionsergebnis: Dunkelroter, ungetrübter Inhalt der Bauchhöhle. Gelbe, opake Auflagerungen des Peritoneums; stellenweise Blutkoagula.
69	15. V. 94.	Frau K., 58 J., aus Wolgast.	$1^1/_2$ Jahr.	Ovarialcyste.	Kystoma ovarii dextri.	Genesung nach 22 Tag.	